

# Demande d'aide financière Action Sanitaire et Sociale

## Votre demande concerne

<input type="checkbox"/> Semelles orthopédiques (1) (3)	<input type="checkbox"/> Transport (3)
<input type="checkbox"/> Prothèse capillaire (1) (3)	<input type="checkbox"/> Ticket modérateur et/ou forfait journalier (2) (3)
<input type="checkbox"/> Optique / Auditif (1) (3) (4)	<input type="checkbox"/> Prime de fin de stage de rééducation
<input type="checkbox"/> Produits et actes non remboursables (1) (3) (4)	<input type="checkbox"/> Frais d'obsèques enfant (3)
<input type="checkbox"/> Frais dentaires (prothèses, orthodontie, implants, ...) (1) (3) (4)	<input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : _____

## Joindre en fonction de la demande

*Pour connaître les pièces à fournir, merci de vous référer au(x) numéro(s) indiqué(s) selon la demande*

(1) Prescription médicale	(3) Facture acquittée ou devis
(2) Avis de sommes à payer (dette hospitalière)	(4) Certificat médical détaillé et descriptif pour tout acte ou produit non remboursable ou hors 100% Santé

## Joindre systématiquement

<input type="checkbox"/> Justificatifs de ressources du foyer des 3 derniers mois	<input type="checkbox"/> La quittance de loyer ou du tableau d'amortissement de prêt d'accession à la propriété
<input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition	

Possédez-vous une mutuelle (complémentaire santé) ?  Oui  Non

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

Joindre OBLIGATOIREMENT une attestation précisant le montant de sa prise en charge correspondant au devis présenté ou le décompte de remboursement en cas de facture acquittée.

## Identification du bénéficiaire concerné par la demande si différent de l'assuré

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Identification de l'assuré

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## Situation familiale

Marié(e)  Vie maritale  Veuf (ve)  Célibataire  Séparé(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)

## Composition du foyer

Nom - Prénoms	Lien de parenté	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Situation (salarié, scolaire, apprenti, etc.)

Avez-vous bénéficié d'autres aides (Mutuelle, MDPH, Caisse de retraite, CCAS ...) ?  Oui  Non  
(joindre les justificatifs)

## Dépenses mensuelles

CHARGES	MONTANT
Loyer net sans les charges ( <i>joindre une quittance</i> )	
Ou remboursement prêt accession à la propriété ( <i>joindre le tableau d'amortissement</i> )	
Pension alimentaire versée	
Divers ( <i>précisez</i> )	

## Ressources de toutes les personnes présentes au foyer

Joindre les justificatifs de ressources des trois derniers mois	ASSURÉ	CONJOINT	Autres personnes au foyer
Salaires ou rémunérations de stage et congés payés du bâtiment			
Indemnités journalières			
Complément indemnités journalières			
Pension d'invalidité CPAM et autre organisme			
Rentes AT CPAM et autre organisme			
Retraites principale et complémentaires ( <i>montants nets perçus</i> )			
Allocation veuvage			
Allocations Pôle Emploi			
AAH ( <i>Allocation Adulte Handicapé</i> ) ou AEEH ( <i>Allocation d'éducation de l'enfant handicapé</i> )			
RSA			
ACTP - PCH ou APA <i>joindre les justificatifs s'y rapportant</i>			
Pension alimentaire reçue			
Prestations familiales			
Bourses			
Allocation logement ou APL			
Autres ( <i>à préciser</i> )			

**Justificatif de la demande :** Veuillez exposer ci-dessous, les renseignements de nature à justifier la demande (ex : arrêt de travail, maladie, chômage, difficultés diverses...)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature